

## Fragebogen zur Anmeldung/Aufnahme

Kurzzeitpflege     Stat. Pflege     Service-Wohnen

Wunschtermin für die Aufnahme: \_\_\_\_\_

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Geburtsort</b>		<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Familienstand</b>		<b>Konfession</b>	
<b>Krankenkasse</b>		<b>Versicherten-Nr.</b>	
<b>Pflegekasse</b>		<b>Pflegegrad</b>	
<b>Sozialamt</b>		<b>Beihilfe</b>	
<b>Verwahrungskonto</b>	Barbetrag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Einzugsdaten		
Bisherige Anschrift	PLZ/Ort	
	Straße	

Belegungsdaten (wird bei Einzug ausgefüllt)	
Einzugsdatum	
Zimmer-Nr.	
Telefon-Nr.	

Angehörige oder Betreuungsperson / Hauptansprechpartner (auch für Notfälle)	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon-Nr.	
Handy-Nr.	
Email	
Beziehung zum Bewohner/in	

Weitere Angehörige bzw. Ansprechpartner	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon-Nr.	
Handy-Nr.	
Email	
Beziehung zum Bewohner	

**Bitte wenden !**

Hausarzt	
Name	
Anschrift	
Telefon-Nr.	
Handy-Nr.	
Email	

Apotheke	
Name	
Anschrift	
Telefon	

Sonstige Daten	
Rundfunk/Fernsehen (Service-Bewohner)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> GEZ-Befreiung
Rezeptgebühren	Befreiung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitungsabonnement Welche ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      _____ %
Hilfsmittel ? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Hörgerät(e) Sonstiges: ..... ..... .....
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorsorgevollmacht / Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt der Einrichtung in Kopie vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rechnungsempfänger / Anschrift:	

.....  
Datum

.....  
Unterschrift